

Année 1933

N°

THÈSE

587

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1933

PAR

André POUSSIN

Né le 13 Mars 1906, à Ecommoy (Sarthe)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES MÉTRORRAGIES DES FILLETES
ET DES JEUNES FILLES
LEURS DIFFÉRENTS TRAITEMENTS MODERNES

Président : M. le Professeur LEREBoullet

LA FLÈCHE

IMPRIMERIE F. BESNIER

Rue de l'Hôtel-de-Ville

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	Léon PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales ..	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ...	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée..	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CUNEO.
	MARION.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.

Clinique chirurgicale orthopédique de	MM.
l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE.
	{ MULON.
	{ VERNE.

II. — AGRÈGES EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	BROCQ.
Pharmacologie	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	BUSQUET.
Pathologie médicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Physiologie	CHABROL.
Pathologie médicale	CHAILLEY-BERT.
Physique	CHEVALLIER.
Pathologie médicale	DOGNON.
Obstétrique	DONZELOT.
Urologie	ÉCALLE.
Bactériologie	FEY.
Pathologie chirurgicale	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES.
Oto-rhino-laryntologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HALPHEN.
Pharmacologie	HARVIER.
Anatomie pathologique	HAZARD.
Hygiène	HUGUENIN.
Chimie biologique	JOANNON.
Pathologie médicale	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LAROCHE (Guy).
Neuro-psychiâtrie	LEVEUF.
Pathologie médicale	LÉVY-VALENSI.
Pathologie chirurgicale	LIAN.
Pathologie médicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie expérimentale et comparée...	TROISIÈRE.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LÉVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrège.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Année 1933

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1933

PAR

André POUSSIN

Né le 13 Mars 1906, à Ecommoy (Sarthe)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MÉTRORRAGIES DES FILLETES ET DES JEUNES FILLES LEURS DIFFÉRENTS TRAITEMENTS MODERNES

Président : M. le Professeur LEREBoullet

LA FLÈCHE

IMPRIMERIE F. BESNIER

Rue de l'Hôtel-de-Ville

1933

A
LA MÉMOIRE DE
MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de ma bien vive et
filiale affection, et de ma plus pro-
fonde reconnaissance.

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

*Professeur d'Hygiène et de Clinique
de la première enfance*

Qui nous a fait un grand honneur
en acceptant la présidence de cette
thèse.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX D'ANGERS

LE PROFESSEUR DENECHÉAU

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR BRIN

A MES MAITRES DES HOPITAUX DU MANS

A MESSIEURS LE DOCTEUR DELAUNAY

LE DOCTEUR PLAISANT

Dont nous avons été successivement
l'interne à l'Hôpital du Mans. Homma-
ge de toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUC

Qui fut l'inspirateur de cette thèse
et dont l'appui nous a été si utile,
qu'il veuille trouver ici l'expression
de toute notre reconnaissance et de
notre plus respectueuse sympathie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MÉTRORRAGIES DES FILLETES ET DES JEUNES FILLES

Leurs différents traitements modernes

Nous éliminons de ce sujet tout ce qui est lié à un élément périodique ou à un élément infection de l'utérus ou des annexes (métrite, salpingo-ovarite).

Il en est de même des hémorragies qui pourraient être symptomatiques d'une tumeur bénigne ou maligne utérine ou annexielle.

Par leur fréquence lors de la puberté ou après celle-ci les métrites hémorragiques des jeunes filles pour employer la dénomination classique mais peu précise présentent un intérêt considérable à la fois étiologique et thérapeutique.

Ces hémorragies utérines des jeunes relèvent en effet de causes multiples.

Relevant tantôt :

- d'une affection cardiaque mitrale,
- d'une affection hépatique,
- d'hérédo-syphilis, ou de troubles endocriniens.

Tantôt d'une lésion locale utérine.

Polypeuse ou métritique diffuse d'origine mal établie.

Ces différentes hémorragies sont dominées par ce fait que quelqu'en soit la cause apparente, on peut presque toujours mettre en évidence chez les fillettes ou jeunes filles qui les présentent, des troubles sanguins.

Et ceci nous explique la diversité des traitements, dont les uns s'attaquent à la cause locale qui n'est peut-être qu'accessoire, alors que d'autres s'attachent à redresser une dyscrasie sanguine ou un mauvais fonctionnement de glandes endocrines.

HISTORIQUE

Tous les traités classiques font une ample étude des faits qui nous intéressent.

Nous ne ferons que citer certains auteurs dont les travaux déjà anciens jalonnent l'histoire des métrorragies des vierges.

C'est Bleurett qui le premier en 1845 décrit cette métrite des vierges. Puis Huguier en 1859, dont le mémoire les rapportait nécessairement à une lésion de la muqueuse utérine.

Mais ce fut Courty, dans son *Traité des maladies de l'utérus*, qui fit pour la première fois la distinction des métrites virginales symptomatiques et idiopathiques, mettant en évidence leur gravité possible.

Trousseau décrit la chlorose ménorragique dans ses cliniques entrevoyant la part de la « Dyscrasie sanguine » dans ces hémorragies utérines.

Lawson-Tait, Quéru, Picheris reconnaissent les éléments divers utérins ou annexiels véritables causes locales.

D'autres, des médecins, observent le rôle des affections générales. Duroziez et Landouzy par exemple décri-

vent les hémorragies des cardiaques alors que Johnson décrit celles des rénales.

Depuis 20 ans environ, des travaux divers ont considérablement modifié les *conceptions pathogéniques* et accru les *possibilités thérapeutiques*.

Découverte de la *sécrétion interne de l'ovaire*.

Précisions sur *l'état du sang* dans ces affections et ce sont les travaux de P.E. Weill qui les premiers ont insisté sur ces faits.

Enfin thérapeutiques récentes par l'opothérapie ou les agents physiques tels que :

Curiéthérapie

Radiothérapie

Diathermie.

AGES D'APPARITION DES ACCIDENTS

1°) *Chez les petites filles* les métrorragies sont exceptionnelles.

Citons un léger écoulement sanguin que l'on peut observer chez les petites filles dans les jours qui suivent la naissance, accompagné souvent de gonflement et de sécrétion des glandes mammaires. Peut-être traduit-il l'évolution sans lendemain de follicules ovariens ?

Ces pertes hémorragiques à ces âges sont le plus souvent liées à des vulvo-vaginites blennorragiques ou traumatiques — exceptionnellement à des sarcomes du vagin — à des polypes utérins. Nous en rapportons un cas. Enfin il existe quelques observations d'épithélioma du col chez des fillettes de 3 à 5 ans et même chez une fille de 7 mois (?).

2°) Très différentes sont les *menstruations précoces* avec hémorragies régulièrement répétées chaque mois. Mais pour se présenter avec cette apparence normale il s'en faut qu'elles soient l'indice d'une précocité sexuelle normale.

Bien souvent à l'origine de cette puberté anticipée on trouve une tumeur de l'ovaire réalisant un syndrome d'hyperfonctionnement génital.

Plus tard, aux confins de la puberté, la menstruation est souvent avancée par une maladie générale, une pyrexie, la tuberculose, toutes circonstances qui pourraient faire considérer ces menstruations avancées comme des phénomènes pathologiques.

Le plus souvent les choses se régularisent pendant la convalescence et même l'aménorrhée peut succéder quelque temps avant que les règles ne s'installent de façon définitive.

3°) *Après la puberté*, les hémorragies menstruelles ou non sont très fréquentes et de causes variables affectant un type hyper ou poly-ménorrhéique dont il faudra rechercher l'origine dans un trouble de fonctionnement de l'appareil génital relevant d'une cause générale ou d'une cause locale.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Malgré les progrès considérables faits dans l'étude de cette question la pathogénie de l'affection apparaît encore comme entachée d'incertitude.

C'est qu'en réalité les faits cliniques et anatomiques de même que les résultats thérapeutiques démontrent que cette affection n'est pas « une » mais qu'elle groupe une multitude de faits dont le lieu commun est l'*hémorragie* mais dont les causes sont multiples.

1. — D'une part l'examen général qui doit être complet et méthodique peut déjà révéler une des causes générales actuellement classiques.

Affection cardiaque — Rétrécissement mitral ; maladie mitrale comme l'ont démontré Duroziez et Landouzy.

Affections rénales — néphrites chroniques.

Affections hépatiques — Lithiase biliaire — cholémie familiale de Gilbert et Lereboullet. Entérocolites — appendicites chroniques même.

Il ne semble pas que la *tuberculose* joue un grand rôle dans le déterminisme de ces affections.

Mais, par contre, l'*hérédo-syphilis* doit toujours être

recherchée et nous avons observé quelques malades bien intéressantes à ce sujet.

Actuellement on insiste surtout sur les causes endocriniennes et sanguines.

2. — D'autres fois le *trouble endocrinien* est évident : l'habitus extérieur de la malade, sa taille trop petite ou exagérée, l'insuffisance de développement de son système pileux ou au contraire son hypertrichose, sa maigreur excessive ou son adiposité exagérée.

Les troubles vaso-moteurs qu'elle accuse suffisent à montrer la réalité de ce trouble et s'il n'est pas toujours possible de dire laquelle des glandes endocrines est en cause, on peut affirmer que ce trouble existe et qu'il est responsable des troubles menstruels.

L'ovaire fut le premier mis en cause et avec Dalché et Léopold Levy, il faut rattacher les pertes sanguines excessives à l'hyperovarie.

Mais il semble que le plus souvent il s'agisse d'un syndrome polyglandulaire complexe pour la réalisation duquel participent des troubles ovariens, thyroïdiens et hypophysaires.

Pour mieux mettre en évidence on pourrait essayer des tests sanguins de Guillaumin, bien que dans nombre de cas leur valeur absolue n'ait pu être prouvée.

3. — Chez d'autres jeunes filles, c'est une *altération du sang*, qu'il faut chercher à l'origine des ménorragies ou métrorragies.

Trousseau admettait déjà que l'altération primitive de la crase sanguine expliquait l'hyperménorrhée.

Les recherches de Prosper-Emile Weill ont apporté confirmation de ces faits.

Pour Weill cette dyscrasie sanguine se rattache au syndrome purpurique plutôt qu'au syndrome hémophilique ainsi qu'en témoignent les trois éléments hématologiques le plus habituellement rencontrés, à savoir : retard à la coagulation, sérum jaune, augmentation du temps de saignement qui caractérisent ce *syndrome hémogénique* de Weill.

Chez ces malades il est fréquent d'observer la facilité de production des ecchymoses, la fréquence des hémorragies guigivales, des épistaxis et même des purpurats.

Enfin il serait assez fréquent d'observer la tendance aux hémorragies chez les ascendants et les collatéraux de la lignée maternelle.

En somme, chez de telles malades, l'hémorragie utérine n'est qu'un épiphénomène, qu'un ensemble de symptômes explique sans peine.

Empressons-nous d'ajouter qu'il est loin d'en être toujours ainsi et que le plus souvent seul l'examen du sang révèle quelque léger retard dans la coagulation ou une légère augmentation du temps de saignement.

4. — *Causes locales.* — Parfois, mais ce sont de beaucoup les cas les plus rares, les pertes hémorragiques plus ou moins régulières dans leur apparition sont la signature

d'une *lésion utéro-annexielle* que le toucher rectal à défaut du toucher vaginal qui n'est pas toujours possible permet de rattacher à leur véritable cause.

Nous passerons sur les métrorragies liées à l'existence d'une *grossesse* ou d'une *fausse couche* et que dans quelques cas au moins il faut savoir dépister discrètement.

Nous signalerons par quelques observations les fibromes utérins, les tumeurs malignes, les lésions kystiques de l'ovaire.

Les *fibromes* interstitiels ou cavitaires ne sont pas aussi exceptionnels qu'on pourrait bien le croire : fibromes interstitiels se voyant surtout après 20 ans chez des célibataires plus mures.

Polypes fibreux pouvant s'observer à tous âges, entre 18 et 20 ans, à la puberté et même à l'âge de 3 à 4 ans comme nous en rapportons une observation à titre de curiosité.

Nous ne citerons que pour mémoire les sarcomes qui peuvent se voir chez des enfants de moins de 5 ans, et même quelques cas de *cancer du col utérin* dont Ganghofer a observé l'évolution chez une fillette de 8 ans, et Bruneau chez une fillette de 7 mois.

Très fréquentes au contraire sont, pour Cotte, les lésions kystiques de l'ovaire — ovarite scléro-kystique, *kyste folliculaire* ou du *corps jaune*. Il suffit alors de faire disparaître ces lésions pour voir cesser les hémorragies, car,

pour les kystes folliculaires en particulier, leur action physiologique réflexe persistera tant que persiste le kyste.

Nous avons enfin à parler des *Hypertrophies fongueuses de la muqueuse utérine*, d'étiologie des plus obscures, et que d'aucuns, sans données bien précises, veulent rattacher soit à la bacillose, soit à des troubles ovariens, et c'est à cette hypothèse que se rallient de nombreux auteurs modernes.

L'examen histologique montre des glandes très dilatées, kystiques constituant des saillies polyformes. L'hyperplasie conjonctive donne à la muqueuse une épaisseur anormale et un aspect vilieux ou fongueux caractéristique.

En résumé, il ne faut jamais s'en tenir au diagnostic de *Métrorragie essentielle* en présence d'hémorragies utérines et si l'on n'a pas trouvé une cause locale susceptible de les expliquer, après avoir interrogé successivement le cœur, les poumons, les reins, les glandes endocrines, on admettra qu'il s'agit sans doute de métrorragie d'origine ovarienne celle-ci étant le plus souvent le fait d'une infection atténuée héréditaire ou acquise, — sans oublier l'importance de la recherche des petits troubles sanguins.

ÉTUDE CLINIQUE

La symptomatologie de la question est en général très simple, et presque toujours se résume à ce symptôme dominant et souvent unique : l'hémorragie.

Le *début* de l'affection se fait soit dès la puberté, soit après plusieurs années de menstruation régulières, la jeune fille étant par exemple bien réglée de 12 à 18 ans avant de présenter une hémorragie alarmante.

Il s'agit, soit de *ménorragie*, les règles étant particulièrement longues puis anormalement abondantes — l'enfant perd du sang pendant 8-10 jours et se trouve très fatiguée par chacune de ses menstrues ;

soit de *métrorragies* — l'enfant, après une menstrue longue et trop abondante, continue de perdre plus ou moins jusqu'à la menstrue suivante.

Ces métrorragies surviennent après des fatigues, marches, travail debout..., d'autres fois sans causes apparentes et la répétition des hémorragies sans rythme aucun ne permet plus la distinction ménorragie d'avec métrorragie.

Evolution. — L'hémorragie peut être intermittente, entrecoupée de périodes d'accalmies de quelques jours pour reparaître ensuite ; d'autre fois, elle se poursuit sans dis-

continuer pouvant déterminer même dans quelques cas une mort rapide par anémie aiguë.

En général cependant, quelle que soit l'origine de ces hémorragies, elles sont calmées par le repos au lit dans le décubitus horizontal strict, et au contraire elles sont exagérées par la marche et la station debout.

Caractères du sang. — Quant aux caractères du sang qui s'écoule par les voies génitales, ils relèvent surtout de l'importance de l'hémorragie causale.

Si l'hémorragie est abondante et son écoulement facile le sang s'échappe alors rutilant.

S'il a stagné dans l'utérus ou dans le vagin il se présente sous forme de gros caillots.

L'hémorragie n'est-elle que minime ses caractères se rapprochent de ceux de l'écoulement menstruel et le sang mélangé à des sécrétions vaginales plus ou moins abondantes renferme des petits caillots noirâtres et exhale une odeur assez forte et tout à fait caractéristique.

Cette symptomatologie banale une fois exposée nous insisterons davantage sur des notions qui pour être moins classiques n'en sont pas moins importantes car il en découle, en pratique, des indications thérapeutiques assez précises.

1°) Cliniquement les malades peuvent se présenter en gros sous deux aspects.

a) Un premier type : des *malades encore florides*. — Malgré des pertes sanguines anciennes abondantes dont

la répétition depuis des mois amène à consulter, on remarque avec un certain étonnement l'aspect superbe et la vie active de la jeune fille dont la superbe constitution physique semble ne laisser aucun doute sur sa florissante santé.

Or, ces jeunes filles présentent souvent les hémorragies les plus abondantes et les plus persistantes.

b) Un *type anémique*. — Dans ces cas, l'aspect des malades est très différent, voire même impressionnant.

La face est pâle, les muqueuses décolorées, l'asthénie plus ou moins marquée, l'anorexie est la règle, les malades se sentent atteintes, ne peuvent mener une vie normale, parfois même elles doivent garder le lit.

Dans ces cas les signes hématologiques sont en général très nets.

2°) Un second point nous paraît devoir retenir l'attention : c'est la *nécessité absolue de l'examen génital*.

On se heurte dans cet examen à ce fait qu'il s'agit de fillettes ou de jeunes filles le plus souvent vierges et le toucher vaginal peut n'être pas possible pour des raisons anatomiques ou morales. Même dans ce cas le toucher rectal peut suffire à donner les renseignements précieux que sont le volume de l'utérus, l'état des annexes.

Nous pouvons donc opposer deux types de malades.

Chez les unes, l'examen gynécologique ne révèle aucune lésion génitale notable, l'utérus n'est pas gros, sou-

vent même il est petit, aplasique, en antéflexion exagérée avec rétroposition.

Chez les autres, l'utérus est de dimensions exagérées, cette hypertrophie est en général symptomatique de l'existence d'une endométrite fongueuse.

3°) Enfin nous insisterons encore sur la nécessité d'un *examen général très complet* de la malade :

examen *du sang* : temps de coagulation, temps de saignement, numération globulaire, formule sanguine, réaction de Bordet-Wasserman ;

examen du système *endocrinien* et recherche des tests de Guillaumin et métabolisme basal ;

examen du *système sympathique*.

THÉRAPEUTIQUE

Nous avons vu quelle était l'incertitude fréquente de la véritable cause des métrorragies envisagées et l'on conçoit aisément que les méthodes thérapeutiques variant avec la conception pathogénique de l'affection, les moyens proposés seront très nombreux, trop nombreux même, et un choix judicieux s'impose parmi eux surtout actuellement où beaucoup n'ont pas donné, et de loin, les résultats escomptés.

I. — *Traitement d'urgence.*

Dans quelques cas, par son abondance même, l'hémorragie nécessite en quelque sorte un traitement d'urgence.

Repos absolu au lit. Bassin surélevé, jambes en demi-flexion, tête basse.

Morphine pour mettre l'utérus au repos ; sérum artificiel sous-cutané ou intraveineux ; au besoin transfusion de sang ; parfois tamponnement vaginal.

II. — *Traitement des hémorragies répétées.*

Ce serait une grave faute de s'arrêter au traitement symptomatique de ces hémorragies et de ne pas rechercher

leur véritable étiologie par un examen approfondi.

Néanmoins, nous étudierons d'abord les moyens ordinaires. Nous passerons rapidement sur les *médications hémostatiques générales*.

1°) *Les moyens ordinaires.*

a) *Coagulants* — *gélatine* en injection vaginale à 10 pour 1.000 dans du sérum artificiel ou en injection sous-cutanée ;
chlorure de calcium, surtout indiqué chez les hémophiles, à dose usuelle de 4 grammes par jour en potion ;
citrate de soude, en injection intraveineuse — le contenu d'une ampoule de 20 centimètres cubes renfermant : 30 pour 100 de citrate de soude et 10 pour 100 de chlorure de magnésium. Injecter lentement.

Le *sérum animal* est de tous les médicaments le plus employé actuellement.

Sérum de cheval, sérum antihémorragique, anthéma, ont donné à de nombreux auteurs et à P. L. Weill en particulier, des résultats remarquables, en modifiant la crase sanguine et en favorisant la coagulation.

b) *Médicaments vasodilatateurs.*

Chlorydrate d'émétine — deux centigrammes trois fois par jour, mais son indication est rare chez les jeunes filles.

De même :

le *Viburnum prurifolium* : 1 à 2 gr. de teinture par jour.

la *strypticène*, 3 à 4 tablettes de cinq centigrammes.

le *gui*, 4 à 8 pillules de cinq centigrammes.

c) *Médicaments vasoconstricteurs.*

Ergotine n'a donné que peu de résultats dans les métrorragies des jeunes filles.

Hydrastis canadensis et *Hamamélis virginica* associés, 1 à 2 grammes de teinture par jour au début des repas. sont particulièrement indiqués dans les hyperménorrhées congestives.

Nous insisterons au contraire sur les

2°) *Médications opothérapiques.*

Nous avons vu la fréquence des troubles endocriniens comme causes des hémorragies utérines des filles.

Le plus souvent la médication aura recours aux extraits associés plutôt qu'aux extraits simples.

Extraits ovariens.

Les Hormones lipoidiques (Sistomensine) n'ont pas toujours donné les effets escomptés car bien souvent les hémorragies traduisent une dysovarie et non une hyperovarie, comme en témoigne le résultat des greffes d'ovaires.

Extraits thyroïdiens — doivent être administrés avec prudence car certaines malades sont très sensibles à leur action.

Extraits parathyroïdiens ont été essayés en injection intramusculaire à la dose de 40 unités pendant cinq jours avec absorption per os de 6 à 9 grammes de lactate de calcium par jour.

Les résultats ont été très médiocres.

Extraits du lobe postérieur d'hypophyse.

Les extraits *injectables* à cinq centigrammes d'extrait par centicube ne doivent être injectés qu'avec prudence car leur effet est brutal sur le système cardiovasculaire.

Par la voie buccale (0,10 par cachet), l'effet est souvent long à obtenir.

On donne également associés : Hypophyse, glande pinéal, Thymus, Corps jaune.

Opothérapie mammaire.

3 à 4 cachets de 0 gr. 50 par jour — donne quelquefois des résultats remarquables mais un peu inconstants.

Insuline. Celle-ci diminue les règles normales dans leur durée et leur abondance.

20 unités avant les deux repas, avec absorption de 30 grammes de sucre pendant le repas. Ceci pendant 3 à 4 jours ou 2 injections par semaine pendant la durée de l'intermenstruum.

Ses résultats sont actuellement confirmés par de nombreux auteurs, dans les hémorragies de jeunes filles.

3°) *Moyens physiques.*

a) *Hydrothérapie.* — *Injectons vaginales* chaudes à 48°-50° additionnées de gélatine, d'eau oxygénée, donnent de bons résultats dans les congestions utérines passives de la rétrodéviatiou ou de l'endométrite légère.

b) *Traitement hydrominéral.* — Salies de Béarn. Salins. Luxeuil.

c) *Dialthermie Thyroparathyroïdienne* encore à l'étude, elle a donné des résultats satisfaisants.

d) *Radiothérapie* qui a fait délaisser l'électrothérapie et dont les indications ont été étendues aux hémorragies de la puberté.

Irradiation des ovaires, de la rate.

Soit à dose massive en une séance, soit à doses fractionnées une fois par semaine.

L'irradiation utéro-ovarienne a perdu actuellement presque tous ses partisans en ce qui concerne les hémorragies de jeunes filles pour les dangers qu'elle présente.

L'irradiation splénique vantée surtout par Stéphen de Francfort, a donné de beaux résultats chez les jeunes filles. Malheureusement, ces résultats ne se sont pas toujours montré durables.

e) *Curiéthérapie*, ne doit pas non plus être employée chez les jeunes filles tant il faut redouter l'aménorrhée et la stérilité définitive. Si on l'applique : cinquante milligrammes de bromure de radium pendant 24 heures est la dose suffisante.

4°) *Moyens chirurgicaux.*

Il est bien évident que lorsque les hémorragies sont liées à l'existence d'une lésion génitale dont le traitement est chirurgical, celui-ci ne se discute même pas, il est le seul efficace quel que soit l'âge de la malade.

C'est ainsi que les hémorragies relevant de Polypes

utérins, kystes ovariens, rétrodéviations, n'ont d'autre traitement que celui de la lésion en cause.

D'autres procédés sont plus exclusivement empruntés à la petite gynécologie et cherchent surtout à arrêter les pertes ou à modifier l'état de la muqueuse.

a) *Tamponnement vaginal*, n'a qu'une indication d'attente, par exemple pour permettre à une malade de voyager.

b) *Injectons intra-utérines* à 48°-50° ont quelquefois un effet immédiat.

c) *Cautérisations intra-utérines* — crayons de nitrate d'argent — instillations de chlorure de zinc en solution à 20 pour 100 sont très douloureuses.

d) *Curetage* est certainement le moyen dont on a le plus usé et aussi le plus abusé.

Une indication formelle, *l'endométrite par rétention placentaire*.

Hormis ces cas les résultats sont des plus décevants.

e) *Interventions abdominales conservatrices*.

Nous avons éliminé dès le début les cas nets, relevant d'une thérapeutique chirurgicale évidente.

Bien plus discutables sont les effets de nombreuses interventions pour l'*ovarite sclérokystique* dont la signification est encore à peu près méconnue.

On a pratiqué en grand nombre autrefois des *ovariectomies* unilatérales sans grands effets, car l'ovaire laissé en place était lui aussi sclérokystique.

On a énucléé les petits kystes intraovariens en reconstituant soigneusement par suture un moignon d'ovaire sans plus de résultat.

C'est pourquoi depuis les travaux de Leriche on s'est demandé s'il n'était pas plus conservateur et plus efficace tout à la fois d'agir sur l'ovaire et l'utérus en modifiant la circulation et peut-être la fonction par l'intermédiaire du système nerveux.

La *sympathectomie hypogastrique* bilatérale est actuellement une opération facile et bien réglée et c'est elle que de nombreux auteurs préfèrent à la *résection du nerf présacré*.

Cependant, Cotte préconise nettement cette dernière, et nous en avons observé quelques très beaux résultats dans des hémorragies de jeunes filles sans causes nettes.

En somme : *ablation d'ovaire* seulement si lésion bien caractérisée ne permettant pas d'être conservateurs ;

sinon : *sympathectomie hypogastrique* ou *résection du nerf présacré*.

f) *Transfusion de sang*, soit pour parer aux dangers d'une anémie aiguë, soit pour modifier la coagulabilité et prévenir le retour des hémorragies.

Petites transfusions répétées avec le sang de la mère, ou *injection sous-cutanée* tous les 10-15 jours de *sang total*.

CHOIX DES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

Les indications respectives des différents moyens précédemment étudiés dépendent donc autant de la nature et des causes des métrorragies que des conditions étiologiques et cliniques dans lesquelles elles se présentent.

1°) *Chez la petite fille.*

Nous avons vu que les hémorragies observées en dehors des vulvovaginites relevaient presque toujours d'une tumeur, soit tumeur du vagin, soit tumeur de l'utérus, parfois tumeur de l'ovaire ou de la surrénale.

Quelquefois la tumeur vaginale ou utérine est un polype bénin dont nous rapportons une observation — polype justiciable de l'extirpation chirurgicale sous anesthésie générale.

Le plus souvent ces tumeurs sont des sarcomes qui comme les hypernéphromes ou les sarcomes de l'ovaire relèvent de la radiothérapie intensive combinée ou non à une intervention chirurgicale.

Cependant, certaines tumeurs de l'ovaire chez la fillette — embryomes, tératomes... dont la malignité semble moins évidente, relèveraient de la simple castration unilatérale.

2°) *Métrorragies des jeunes filles.*

a) *Lésions locales.* — Nous l'avons vu une lésion de l'appareil utéro-ovarien pose des indications précises presque toujours. La seule difficulté est de la reconnaître chez les vierges en n'ayant que le toucher rectal à sa disposition.

Polype utérin accouché dans le vagin.

Myomes utérins.

Kystes mucoïdes, dermoïdes, du parovaire.

Fibrome de l'ovaire.

Seule l'intervention chirurgicale est indiquée.

Nous en rapportons également quelques observations personnelles.

b) *Altération de l'état général ou lésion organique.* — Là encore le traitement se confondra avec celui de l'affection causale.

C'est ainsi que chez des filles atteintes de maladie mitrale, de néphrite, d'insuffisance hépatique, le repos, le régime, le traitement médical prime tout.

Repos au lit lors des époques.

Strophantus ou digitale pour les cardiaques.

Régime lacté ou déchloruré pour les rénales.

Régime encore : cholalogue, peptone chez les hépatiques.

L'Hémophilie vraie est exceptionnelle chez la femme ; le plus souvent c'est l'hémogénie que l'on met en évidence. C'est dans ces cas qu'il faudra recourir :

au sérum animal, aux transfusions répétées, à l'irradiation de la rate, à la diathermie thyro-parathyroïdienne, voire au traitement syphilitique qui dans plusieurs observations nous a paru s'imposer.

c) Restent tous ces cas où l'on ne décèle ni causes locales, ni causes attenantes à l'état général, et l'on parle alors de *Métrorragies essentielles*, désignation commode pour masquer notre ignorance.

Autrefois on incriminait beaucoup l'*endométrite ménorragique* et l'on avait recours au curetage.

On sait aujourd'hui qu'une telle hyperplasie glandulaire de la muqueuse utérine est sous la dépendance d'une dysovarie, et cette conception pathogénique a changé l'orientation thérapeutique de la question.

Les cas les plus simples sont les *Hyperménorrhées*, qui marquent parfois le début de la menstruation et relèvent habituellement d'une congestion utérine exagérée.

Leur traitement en principe sera simple :

Eviter toute fatigue physique ou intellectuelle ; exercices modérés.

Repos au lit au moment des règles, avec au besoin application de glace sur l'hypogastre.

Pendant les 10 jours qui précèdent les règles, administrer l'*hydrastis canadensis* et l'*hamamélis*.

Se méfier beaucoup des « remontants », préparations arséniées ou ferrugineuses qui augmentent souvent la con-

gestion pelvienne de même que le régime carné exclusif et les vins fortifiants.

Les cures hydrominérales : Luxeuil, Bourbon, Lancy, donnent souvent chez ces malades d'excellents résultats.

Dans les autres cas à l'*hyperménorrhée* s'ajoute la *polyménorrhée* avec des hémorragies qui reviennent tous les 10-15-20 jours. Dans certains cas l'irrégularité est extrême et comme parfois les hémorragies s'accompagnent d'expulsions de caillot et que le curetage ramène des débris de muqueuse qui passent facilement pour des débris placentaires, on pense ainsi et bien à tort à une fausse couche. Nous en rapportons une observation.

Il est inutile de revenir sur l'explication donnée par Schroder, à savoir qu'un follicule arrivé à maturité n'ayant pas éclaté il n'y a pas eu de ce fait de corps jaune pour empêcher le développement d'autres follicules. C'est ainsi que l'ovulation est devenue irrégulière et défectueuse.

Nous avons vu les nombreux moyens dont dispose le médecin pour arrêter ces hémorragies.

Repos au lit complet et absolu qui n'est pas le moins efficace.

Glace sur l'abdomen ou grandes injections vaginales chaudes à 41°-48°.

Les *vaso constricteurs* : ergotine, rétropituitine ; ou les *vaso dilatateurs* : chlorhydrate d'émétine, restent parfois sans effet.

On essaiera alors d'agir sur la *coagulation sanguine* : sérum animal, petites transfusions de sang.

L'*Insulinothérapie* a également donné de nombreux et très beaux succès, plus manifestes et plus durables que les effets de :

l'*Opothérapie* pluriglandulaires : ovaire, thyroïde, mammaire — la *folliculine injectable* semble donner des résultats supérieurs à l'agomensine ou de la sistomensine.

Si ces moyens simples restent sans effet, on aura recours à la *Radiothérapie splénique*, ou à la *Diathermie thyroïdo-parathyroïdienne*, dont nous rapportons quelques beaux résultats.

Enfin restent deux moyens en présence : le radium et la chirurgie.

La *Radiumthérapie* : la dose à employer est 100 milligrammes de Bromure de radium dans un tube de platine avec filtre or de 2 milligrammes d'épaisseur et filtre de caoutchouc. Application pendant 10 à 12 heures.

Malgré quelques résultats incontestables ainsi obtenus, la plupart des auteurs préfèrent l'intervention chirurgicale.

Laparatomie médiane sous ombilicale, permettant de préciser l'état des ovaires qui très souvent sont kystiques ou présentent un simple kyste folliculaire, et de pratiquer la résection du *nerf présacré*, ou la *sympathectomie hypogastrique*.

Donan étudiant les métrorragies des jeunes filles préco-

nise le curetage et si celui-ci échoue la radio ou la curiethérapie ou l'hystérectomie.

Nous croyons qu'il faut mettre tout en œuvre pour ne pas avoir recours à ces procédés et nous rapportons suffisamment d'observations nouvelles pour permettre de baser des espoirs solides sur les différents traitements récents préconisés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Pierrette B..., 3 ans.

Polype du col utérin.

Envoyée par son médecin pour métrorragies répétées assez fréquemment, de faible abondance et mélangées d'hydrorrhée.

Examen. — A. travers l'orifice de l'hymen on voit poindre une masse rougeâtre faisant penser à un polype.

Intervention le 22 mai 1933.

Sous-anesthésie générale à l'éther.

2 écarteurs de Farabeuf sur l'orifice.

On peut apercevoir le vagin bourré d'une masse molle constituée d'un paquet de végétations friables, rappelant une grappe de raisin, et de couleur jaunâtre, les unes les autres d'aspect charnu et rouge.

Cette masse extirpée à la pince et à la curette, on retrouve le point d'implantation sur la partie droite du col utérin.

Examen histologique pratiqué au Laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph par le Dr Busser.

Polype myomateux du col. Tumeur à revêtement mal-

pighien constituée par du tissu conjonctif jeune contenant d'assez nombreuses fibres musculaires lisses.

Aucun signe de dégénérescence maligne.

Malade revue : le 10 juin 1933, le 31 juillet 1933, le 1^{er} septembre 1933.

L'enfant est en excellent état, prend régulièrement du poids, n'a plus saigné à la dernière consultation, ne présente même plus de pertes sérieuses.

OBSERVATION 2. — Odette Ma..., 14 ans.

Entre le 20 janvier 1933 dans le service du Dr Huc à l'hôpital Saint-Joseph.

Réglée depuis l'âge de 14 ans.

Présente depuis lors :

des ménorragies durant 6 à 8 jours,

des métrorragies dans l'intervalle de celles-ci.

Pas de leucorrhées. Pas de douleurs.

Antécédents familiaux : rien à signaler.

Antécédents personnels : diphtérie, scarlatine, rougeole, coqueluche.

Examen. — La fillette a déjà subi deux examens gynécologiques et l'on peut pratiquer un *toucher vaginal* qui montre un col utérin hypertrophié, un peu bosselé, le doigt ramène du sang.

Au *spéculum* le col apparaît augmenté de volume, mais cette augmentation porte surtout sur la lèvre anté-

rière, siège d'un noyau lisse régulier, ferme, de la grosseur d'une noisette.

Examen général : signes de *rétrécissement mitral*, frémissement cataire très net, au-dessus et au-dedans de la pointe, *roulement diastolique* au même foyer ; on ne perçoit pas de dédoublement du deuxième bruit.

On décide de placer dans le col utérin le 25 janvier un *crayon de Nitium Buisson*, soit 6 microgrammes de bromure de radium suractivé.

Le 30 janvier, mise en place d'un *deuxième crayon*.

Arrêt des métrorragies depuis la mise en place des crayons.

Revue le 2 juillet 33 ; la fillette n'a revu ses règles qu'au mois d'avril, et depuis celles-ci sont revenues régulièrement en mai, juin, à 20-25 jours d'intervalle ; leur durée moyenne est de 4 jours.

Le col utérin est à la date du 2 juillet, souple, lisse, régulier, la nodosité de la lèvre antérieure a diminué de volume sans avoir complètement disparu cependant.

OBSERVATION 3. — Marie-Anne de L..., 17 ans.

Epithélioma du col utérin.

Réglée à 13 ans. Hyperménorrhée au début puis au bout de quelques mois les pertes se régularisent dans leur abondance et leur durée.

Depuis 6 mois, vers décembre 1932, apparition de

métrorragies dans l'intervalle des règles, en même temps que de *ménorragies* lors des menstrues régulières.

En janvier les parents de la jeune fille inquiète amènent celle-ci à la consultation de leur médecin.

Différents traitements médicaux furent successivement essayés.

Repos au lit absolu pendant les règles.

Grandes injections chaudes.

Hydrastis et Hamamelis.

Sistomensine.

Anthema.

Pansement à l'hémostatique Coudert.

Aucun résultat vraiment net ne fut obtenu et en

Mai 33, un curetage fut réclamé par le médecin traitant et la famille y consentit.

Le 13 mai, sous-anesthésie générale au schleich. Mise en place de 2 valves.

Le col utérin apparaît gros dans son ensemble ; sa lèvre postérieure hypertrophiée très saillante, dure, rouge foncé, saigne au contact de la pince.

Le *col utérin* est très difficile à dilater. L'introduction de Bougies de Hégar fait saigner la tumeur du col.

Une *amputation atypique du col utérin* est pratiquée.

L'examen histologique de la pièce pratiqué dans un laboratoire privé, répond qu'il s'agit d'une forme *infiltrante d'épithélioma du col utérin*.

D'ailleurs, dès les premiers jours après l'opération, les

hémorragies ont recommencé et persistent au sortir de la maison de santé.

La famille refusant une intervention abdominale large, un traitement curiéthérapique est institué avec mise en place des tubes le 9 juin.

Néanmoins 6 mois avaient été perdus pour n'avoir pas pratiqué dès le début des accidents un examen génital que la famille a permis sans trop de difficulté par la suite.

Citons encore trois observations où l'examen gynécologique fit porter le diagnostic de rétroversion avec ou sans lésions annexielles.

OBSERVATION 4. — Suzanne Ec..., 18 ans, coiffeuse.

Réglée à l'âge de 13 ans 1/2.

Règles normales au début bien que douloureuses depuis 2 ans.

Règles irrégulières, parfois très abondantes, et toujours douloureuses. La malade est obligée de rester couchée pendant les 2 premiers jours.

. *Examen.* — Au toucher rectal on constate que l'utérus est un peu gros, rétroversé, sa mobilisation est douloureuse.

Le 5 mars 1932, laparatomie médiane sous-ombilicale à l'hôpital Saint-Joseph.

L'utérus est gros, les ovaires normaux mais congestionnés et fortement prolabés dans le Douglas.

On *résèque le nerf présacré* ; celui-ci est net, et immédiatement l'utérus change de couleur.

On fait une *ligamentopexie rétro-utérine* et sous tubo-ovarienne de Dartigues. — Suites normales. Appendicectomie.

La malade revue en juin 1933 ne souffre plus lors de ses règles. Celles-ci reviennent à dates bien régulières et ne durent que 3 jours.

OBSERVATION 5. — Marthe Mon..., 19 ans, vendeuse.

Souffre depuis l'établissement de ses règles à l'âge de 12 ans.

Règles très abondantes durant 8 jours, pertes séro-sanglantes pendant quelques jours encore.

Entre à l'hôpital Saint-Joseph le 27 novembre 1931.

Jeune fille d'aspect floride, grande et forte.

Examen génital : vierge.

Au toucher rectal : rétroversion utérine, gros ovaire droit.

1^{er} décembre 1931. — Laparatomie médiane sous ombilicale.

Ovaire droit kystique, 1 kyste de la grosseur d'une noix, le reste de l'ovaire est scléro-kystique.

Résection de cet ovaire.

L'ovaire gauche est sain.

Résection de plusieurs filets du nerf présacré.

Suites normales. Appendicectomie.

Revue en décembre 1932 et en juin 1933.

Marthe M... est mariée, et actuellement mère d'une fillette de 3 mois.

Après son intervention les règles étaient revenues normales ni trop abondantes ni douloureuses. Grossesse normale.

OBSERVATION 6. — Marie Bon..., 19 ans, sténo-dactylo.

Vient consulter également pour des *ménorragies douloureuses*.

Examen génital. — Rétroversion utérine.

Laparatomie le 31 janvier 1933.

Gros utérus, congestif, marbré.

Ligamentopexie rétro-utérine de Dartigues.

Réssection du nerf présacré.

Appendicectomie.

Revue le 5 juillet. Disparition complète des douleurs et des hémorragies.

Règles à dates régulières et ne durant que 4 jours.

Rapportons maintenant un certain nombre d'observations de malades ayant subi un curetage.

OBSERVATION 7. — Marthe Har... 14 ans. — Métrorragie.

Fillette réglée depuis l'âge de 12 ans. Enfant très précocée, grande et forte.

Dernières règles à dates normales, dit la mère.

Depuis le 31 décembre 1932, 8 jours après la cessation des dernières règles dont le début remonte au 18 décembre, apparition de sang rouge avec quelques caillots. Ceci pendant 10 jours.

La fillette n'est plus vierge, et la possibilité d'une fausse couche est envisagée.

Un *curetage* est pratiqué le 10 janvier 33 sous anesthésie générale, et permet de ramener quelques débris ayant tout l'aspect de débris placentaires ou de membrane.

Suites normales. Arrêt de l'hémorragie.

Examen des débris. — Il ne s'agit que de fragments de muqueuse utérine avec hypertrophie glandulaire très marquée du chorion.

De *fait*, la fillette est ramenée le 7 février pour reprise des hémorragies.

Celles-ci ont cédé à nouveau à la mise en place, les 10 et 15 février, d'un *crayon de Nitium*.

On prescrit à la sortie le 21 février un traitement polyglandulaire : extrait ovarien et mammaire.

La fillette n'a pu être revue depuis.

OBSERVATION 8. — Marie Th..., 14 ans.

Réglée à 13 ans en octobre 1932. Les 4 périodes menstruelles suivantes ont été régulières, mais chaque fois l'hémorragie a été assez abondante durant 8 à 10 jours.

Le 21 février 1933, apparition des règles ; les hémorragies se prolongent jusqu'au 7 mars avec perte de sang rouge mêlé de caillots.

Entre à l'hôpital le 7 mars.

L'hymen étant facilement perméable on sent facilement le *col utérin* ouvert et fendu transversalement comme chez une multipare.

Le *corps utérin* est gros comme chez une multipare.

Curetage le 8 mars, sous anesthésie.

On ramène des caillots, quelques débris fongueux de muqueuse utérine.

On met en place une mèche imbibée d'hémostatique coudert.

1 ampoule d'Anthéma en injection sous-cutanée.

Les 9, 10, 11 mars : injection sous-cutanée de 20 centi-cubes de sérum de cheval ; injections vaginales chaudes.

Le 20 mars, la malade sort guérie mais n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION 9. — Rose L..., 48 ans, lingère.

Depuis les premières règles survenues à 13 ans, la malade présente des irrégularités menstruelles et des ménorragies durant parfois tout un mois.

Depuis un an la santé s'affaiblit et la malade s'asthénie.

Examen. — Utérus nettement augmenté de volume et un peu mou.

Sous anesthésie le 20 juin 1933.

Curetage ramène des débris de muqueuse épaissie et des caillots.

L'examen histologique ne révèle rien d'anormal sur les débris de muqueuse, pas de signes inflammatoires.

Suites normales. Grande injection.

Les jours suivants, arrêt de l'hémorragie.

Depuis : apparition d'une menstruation le 13 juillet durant encore 8 jours.

Puis le 9 août, durée 6 jours.

On a institué un traitement opothérapique *sistomensine* les 8 jours qui précèdent les règles. Repos les premiers jours des règles.

OBSERVATION 10. — Charlotte Ma..., 11 ans.

Apparition des premières règles à Noël 1932. Celles-ci durent 3 jours.

Puis après un court arrêt de quelques jours, reprise d'une hémorragie abondante de sang rouge que ne calme pas le repos au lit.

C'est devant la persistance de l'hémorragie que les parents amènent cette fillette le 3 février 1933 à l'hôpital Saint-Joseph dans le service du Dr Huc.

Antécédents : Mère morte de tuberculose pulmonaire.

Examen : toucher *rectal*, utérus un peu gros.

Examen du cœur : éréthisme cardiaque, très léger, frémissement palpatoire, mais on ne perçoit ni roulement, ni souple, ni dédoublement du deuxième bruit.

Examen du sang.

Temps de saignement normal.

Temps de coagulation très augmenté : 22 minutes.

Hémoglobine, 65 %.

Globules rouges, 3,050.000

Globules blancs, 4.300.

Formule leucocytaire :

62 polynucléaires neutrophiles	}	66 %
4 polynucléaires éosinophiles		
9 monocytes	}	34 %
25 mononucléaires		
1 lymphocyte		

donc légère éosinophilie.

En résumé, ce syndrome sanguin rappelle plutôt l'hémophilie que l'hémogénie à laquelle on avait pensé en premier lieu.

On se décide à pratiquer :

le 7 février, une séance de *radiothérapie splénique*, de même les 11 et 16 février.

Le 18, arrêt complet des métrorragies.

Nouvel examen du sang : temps de coagulation de 21 minutes encore.

Revue le 13 mars 1933. L'enfant a très bon aspect, elle n'a plus saigné.

Le 17 juin, reprise des règles, avec hémorragie importante pendant 10 jours.

Injections d'hémostyl et de calcium Sandoz.

B. W. très faiblement positif.

On conseille un traitement antisyphilitique.

OBSERVATION 11. — Nelly Reb..., 12 ans.

A eu ses premières règles en janvier 1933.

Depuis arrêt complet.

Lorsque, *métrorragie abondante* débutant le 3 juin 1933 et durant depuis 10 jours lors de son entrée ; sang rouge avec quelques caillots.

Enfant pâle, anémiée. Lèvres et conjonctives décolorées.

Examen du cœur : pas de signes de rétrécissement mitral.

Examen des reins : pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Examen du sang : Hémoglobine, 70 %.

Globules rouges : 3.270.000, donc anémie.

Valeur globulaire : 1,07.

Globules blancs : 16.000, donc leucocytose.

Formule leucocytaire :

50 polynucléaires neutrophiles	}	53 %
3 polynucléaires éosinophiles		

4 monocytes	}	47 %
8 grands mononucléaires		
19 moyens mononucléaires		
16 lymphocytes		

Donc mononucléose marquée avec légère éosinophilie.

Augmentation des hémato blasts 700.000.

Temps de saignement : 1 minute 30 secondes.

Temps de coagulation : 9 minutes.

On prescrit injections vaginales chaudes — Anthéma
3 séances les 15, 17, 19 juin de *Diathermie thyropara-*
thyroïdienne.

Arrêt de l'hémorragie dès le 16 juin.

Revue le 7 juillet et le 10 août.

Nouvelle menstrue le 1^{er} juillet, n'ayant duré que 4
jours — et le 30 juillet, d'une durée de 5 jours.

Le 7 juillet un B. W. est légèrement positif.

On prescrit un traitement antisiphilitique.

OBSERVATION 12. — Marcelline Bet..., 15 ans 1/2.

Réglée à l'âge de 13 ans, a présenté après une période
d'irrégularité menstruelle une aménorrhée de 3 mois à
la suite de laquelle se sont établies les ménorragies.

Tendance nette aux hémorragies (épistaxis, hémorra-
gies gingivales).

Temps de saignement : 15 minutes.

Temps de coagulation : 10 minutes.

Numération globulaire : 3.900.000 globules rouges ;
7.900 globules blancs.

L'examen gynécologique est négatif.

On pratique le 13 mars 1933 une *transfusion* de 50 centicubes de sang maternel.

Le résultat thérapeutique est d'emblée remarquable.
Les hémorragies s'arrêtent.

Revue en juin et en août, la malade se porte très bien et ses règles sont tout à fait régulières.

OBSERVATION 13. — Louise S..., 17 ans, employée.

Entrée pour être opérée d'appendicite chronique, apprend que depuis sa puberté elle présente des *ménorragies douloureuses*.

Le 3 mai 1932, *Laparatomie médiane sous ombilicale. Résection du nerf présacré* et Appendicectomie.

Revue un an après en juin 1933.

Règles raccourcies, ne sont plus douloureuses.

OBSERVATION 14. — Marguerite J....., 20 ans, couturière.

Entrée pour appendicite chronique, apprend qu'elle a des règles irrégulières, prolongées, douloureuses.

12 mai 1932 : *Laparatomie médiane. Résection du nerf présacré*. Appendicectomie.

Revue en avril 1933 — Très améliorée.

OBSERVATION 15. — Jeanne Ti..., 21 ans, sténo-dactylo.

Vient consulter pour *ménorragies* et dysménorrhée rebelles au traitement opothérapique institué un an auparavant.

Une laparatomie est proposée.

Le 7 juillet 1932 : *Résection du nerf présacré* — Annexes sains. — Utérus un peu gros, congestif.

Revue en mai 1933.

A été à peu près complètement guérie pendant 10 mois. Souffre à nouveau depuis 1 mois 1/2.

OBSERVATION 16. — Louise B..., 24 ans.

Vient également consulter pour *appendicite chronique* et *ménorragies douloureuses*.

Le 31 juillet 1932 : *Résection du nerf présacré*.

Appendicectomie.

Revue en janvier 1933. — Très améliorée, souffre encore le premier jour des règles mais l'hémorragie menstruelle ne dure plus que 3 à 4 jours au lieu de 6 à 8.

OBSERVATION 17. — Lucienne Lef..., 20 ans, couturière.

Vient consulter en avril 1931 pour *ménorragies* avec asthénie.

Le traitement opothérapique (sistomensine) prescrit reste à peu près inefficace.

Le 24 septembre 1932 : *Résection du nerf présacré et d'un kyste parovarien* de volume d'une noix.

Revue en juin 33, a repris 7 kilos, travaille à nouveau sans fatigue.

Règles normales non douloureuses.

OBSERVATION 18. — Antoinette Gu..., 19 ans.

Vient pour être opérée d'appendicite chronique, accuse de plus : *ménorragies*.

Laparatomie médiane le 12 octobre 1932.

Appendicectomie (appendice gros).

Résection du nerf présacré.

Revue le 10 juillet 1933, la guérison ne s'est maintenue que 7 mois.

Depuis avril 1933, les règles sont à nouveau prolongées.

OBSERVATION 19. — Marguerite Br..., 23 ans, couturière.

Vient pour appendicite chronique, nous apprend qu'elle présente en plus *ménorragies irrégulières*.

25 février 1933 : *Résection nerf présacré*. Appendicectomie.

Revue 3 mois après en mai. Très améliorée.

OBSERVATION 20. — Denise N..., 20 ans, ouvrière d'usine.

Vient consulter pour dysménorrhée. *Ménorragies irrégulières*.

gulières en mai 1931. Traitement médical pendant plus d'un an sans résultat appréciable.

Le 4 décembre 1932 : *Résection du nerf présacré*.

Revue en juin 1933, très améliorée.

OBSERVATION 21. — Lucienne F..., 20 ans, sténo-dactylo.

Vient consulter pour *ménorragies* et *dysménorrhée*.

Résection du nerf présacré le 9 octobre 1932.

Revue en juin 1933, très améliorée.

OBSERVATION 22. — Emilie Cr..., 29 ans, domestique.

Vient pour *ménorragies* se prolongeant pendant 8 à 12 jours avec douleurs intolérables pendant les 3 premiers jours.

Laparatomie le 25 novembre 1930.

Résection d'un ovaire kystique droit.

Résection du nerf présacré.

Revue en avril 1931 et en mai 1932.

L'amélioration obtenue dès les premières règles après l'intervention se maintient constamment. La malade, enchantée du résultat, conseille à une amie le même traitement pour une affection identique.

OBSERVATION 23. — Yvonne R..., 31 ans, lingère.

Fille très arriérée, débile mentale.

Signes nets d'hérédosyphilis (antécédents familiaux certains).

Réglée à 15 ans 1/2 seulement. C'est donc depuis 16 ans qu'elle présente des *ménorragies* très abondantes, amenant une asthénie et une anémie marquée.

Notons que sa sœur et sa mère ont également présenté les même inconvénients.

A plusieurs reprises, des traitements spécifiques ont été institués sans résultats, de même des traitements opothérapiques.

Le 12 juillet 1930 : *Laparatomie*. Utérus gros, très congestif, annexes normales. *Résection du nerf présacré*.

Arrêt net dès les règles suivantes de l'hémorragie. Yvonne R... ne perd que pendant 3 jours 1/2 en quantité minime.

Aux règles suivantes, même changement.

Revue en avril 1932 et en mars 1933.

L'amélioration s'est maintenue constamment.

OBSERVATION 24. — Juliette Ca..., 29 ans, domestique.

Réglée à 15 ans. Depuis cet âge, ses règles ont eu toujours une durée d'au moins 8 jours, souvent 9 ou 10.

Il s'agit d'une bacillaire ayant été opérée en janvier 1932 d'une tuberculose rénale gauche dans le service du Dr E. Papin, de l'hôpital Saint-Joseph.

Actuellement on ne constate aucun trouble urinaire.

Dosage d'urée : 0,25 — Constante d'Ambard : 0,06.

Aucun signe pulmonaire de tuberculose, simplement les *Métrorragies*.

Traitement insulinothérapique en janvier 1933.

Une injection tous les 2 jours de 20 unités d'insuline avant le repas de midi, et cela dès la fin des règles.

Après 3 semaines de traitement les règles apparaissent le 3 février.

Injection quotidienne de 20 unités dès le 3^e jour pour cessation des règles.

Le 29 février, nouvelle menstruation de 4 jours. L'insulino-thérapie n'a point été reprise lors de celle-ci.

Revue en novembre 1933. La malade considérablement améliorée, continue à avoir des menstrues régulières de 3 à 4 jours.

CONCLUSIONS

Les Métrorragies chez les jeunes filles sont fréquentes et leur problème étiologique est souvent complexe.

Dans les cas où la cause apparaît nettement, le traitement découle de celle-ci sans difficulté.

Bien au contraire, dans les métrorragies dont on ne trouve pas l'origine, l'embarras peut être grand, quant à l'arme thérapeutique à choisir.

De notre bien faible expérience, et surtout de celles de nos maîtres et auteurs étrangers modernes, nous concluons qu'il faut apporter en quelque sorte une graduation dans les moyens à appliquer aux cas rebelles et difficiles.

Même alors que les examens sanguins et endocriniens n'ont pu mettre en évidence aucun trouble général et que l'examen génital n'a montré aucune lésion utérine ou annexielle, on peut et on doit agir.

Dans ce cas on devra d'abord avoir recours à l'action successive ou simultanée de l'insulinothérapie et des traitements visant à améliorer la coagulation sanguine, à savoir : *Transfusions répétées* — *Radiothérapie splénique* — *Diathermie Thyroparathyroïdienne* ou *Hypophysaire*.

Et ce n'est que devant l'échec de ces différents traitements que l'on aura recours aux interventions chirurgicales : Curetage ou Résection du nerf présacré.

Le Président,
LEREBOULLET.

Vu : le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1°) *Hémorragies utérines des fillettes et jeunes filles en général*

FORGUE et MONALRUAN. — Métrorragies de la puberté. Presse médicale, 1912.

COMBY. — Traité, tome II.

DOUAY. — Ménorragies des jeunes filles, gynécologie et obstétrique. 1923, t. VII, n° 6, p. 501.

BOURDEAUX. — Ménorragies de la puberté par dyscrasie sanguine. Paris, 1919.

Mlle DOUSDEBIS. — Métrorragies virginales rebelles au traitement médical. Paris 1923.

Mme Ernest THIVOLET. — Thèse Paris, 1923.

P. E. WEILL. — Soc. Méd. des Hôp. Paris, juin 1912, 4 juillet 1919.

MOTTALA. — Métrorragies d'origine ovarienne à la puberté. Revue générale.

PINAX Médicale. 15 février 1932.

MAURIZIO. — Métrorragies de la puberté, données hémato-logiques.

Zlutralblatt für gynäkologie, 12 juillet 1930.

- American Journal of obstetrics and gynecology, 1931. Métrorragies des adolescentes.
- Schweizerische medizinische wochenschrift, octobre 1932. Thérapeutique des Métrorragies des fillettes.
- G. DIEGO. — Diagnostic et Traitement des Métrorragies des fillettes et jeunes filles. Giornale de Medico pratico, juin 1931.
- REBOUL. — Hémorragies de la puberté. Paris, 1924.
- SAMUEL WOLFE. — The elinical and pathologie factors of puberty hemorage. American journal of obstét. and gynec. 1926.
- MAURIZIO. — Considerazioni seilla pathogenesi e terapia delle metrorragie della puberta. Rivista italiana ginecal et obstet. 1929.
- KERMANMER. — Blutungen in der Memorche. Wiener klim. Woch, 1928.
- YOUNG. — Métrorragies essentielles des fillettes, origine, traitement. British medical journal, 26 sept 1931.
- G. JENINI. — Métrorragies des vierges. Arte ostetrica, 31 mai 1931.
- COTTE. — Tr. fonctionnel de l'appareil génital de la femme. 1931.

2°) *Médication hémostatique.*

- Maurice RENAUD. — Le citrate de soude dans les hémorragies. Paris médical 1924.

Louis MICHON. — Citrate de soude comme hémostatique en chirurgie. *Mon Médical*, 1926.

3°) *Médication opothérapique*

SIPPEL. — Traitement des hémorragies des ovariennes par la greffe des ovaires. *Zentralblatt, feir gynäkologie*, 9 juin 1926.

LIEBKE. — Ergebnisse von Mengenbestimmungen des Sexualhormons. *Zent. f. gynäk.* 1929, n° 39.

MURKIN. — Klinische Versuche mit ovarialhormon. *Zent. f. gynök.* 1928, n° 6.

ZONDEK. — Poly hormonale krankheitsbilder funktionelle Betrachtung. *Gynäkologischer Erkrankungen. Zent. f. gynäk.* 1930, n° 1.

HAUPSTEIN. — Ueber die Bedeutung des Dosierens und andere grundsätzliche Fragen in der ovarialhormontherapie. *Zent. f. gynäk.* 1930, n° 19.

VOGEL. — Traitement des troubles menstruels à l'aide d'une préparation pluriglandulaire nouvelle. *Wiener Klin. Woch.* 1926. XXXIX, n° 47.

LUNZ. — Contribution à l'étude de l'opothérapie mammaire. Thèse Paris, 1911.

VIGNES. — Opothérapie mammaire. *Revue française d'endocrinologie*, 1926, n° 3.

VOGT. — Über Beziehungen zwischen Insulin und ovarium und ihre therapeutische Verwertung bei der Be-

handlung von uterusblutungen. Zent. f. gynäk. 1927. n° 12.

BULTEMAN. — Insulin bei. Uterusblutungen. Zent. gynäk. 1928, t. II, n° 52.

COTTE. — Traitement des ménorragies ovariennes par l'insuline. Presse médicale, 1928.

HOFMAN-BANG. — Hati das insulin Sinfluos auf. die innere Sekretion der ovarien. Zent f. gynäk. 1930.

4°) *Radiothérapie splénique.*

MAIER. — Irradiation de la rate. Moyen peu employé dans le traitement des hémorragies. Wiener Medizinische wochenschrift. t. CXXIV, 15 nov. 1924, n° 47.

SAHLER. — Etude des résultats thérapeutiques obtenus par les irradiations spléniques dans les hémorragies gynécologiques. Wiener klinische wochenschrift, 17 avril 1924.

Revista di Radiologia 1931. — Métorragies de la puberté traitées par la radiothérapie splénique.

5°) *Curiéthérapie.*

CESBRON. — Curiéthérapie de la Métrite hémorragique. Journal de chirurgie, juin 1922.

DEGRAIS. — Indications et technique de la curiéthérapie dans les métorragies. Rev. franç. de gynécologie et d'obstét. 1919, p. 454.

KOENIG. — Traitement des métrorragies. Rapport au congrès de gynécologie et obstétrical de langue française, 1921. Gyn. et obst. n° 4, p. 317.

LETULLE. — Curiéthérapie de la métrite hémorragique. Journal de chirurgie, 1922, t. I, p. 330.

POUEY. — Quarante cas d'hémorragies utérines traitées par le radium. Gynécologie et obstétrical 1921, t. II.

PROUST. — Indications de la curiéthérapie et de la radiothérapie dans les métrites hémorragiques. La Médecine, 1923.

6°) *Diathermie thyroparathyroïdienne.*

Divista, italiana di gynecologia, mai 1932. Diathermie des régions thyroparathyroïdiennes dans les métrorragies essentielles de la puberté.

Anomali di ostetrica e gynecologia, 30 novembre 1930. Diathermie thyroparathyroïdienne dans les métrorragies de la puberté.

7°) *Moyens chirurgicaux.*

PIERRA. — Bulletin médical 1925, 14 oct.

COTTE. — Sur le traitement de l'ovarite sclérotristique. Congrès chirurgical, 1925.

HANNES. — Revision der Aduete und operative korrektur der ovarien dei Störungen der menstruellen Funktion. Zent. f. gynäk. 1926.

ISBRUCH. — Résection partielle de l'ovaire comme trait des métrorragies d'origine ovarienne. Klin. Wochenschr., 1927, n° 21.

8°) *Thérapeutiques sanguines.*

MICHON et BAUSSILLON. — Hémorragies utérines des jeunes filles ; leur traitement par la transfusion sanguine. Gynéc. et obstétric. 1927.

POUGET. — Métrorragies guéries par l'autohémosérophorèse. Soc. d'obstétrique et gynécologie d'Alger, 1926, XII.

ROCHAT. — A propos de la diathèse hémorragique en gynécologie. Revue médicale de la Suisse Romande, XLVIII, 6, 1928.

